

# Eesti tervishoiu jätkusuutlikkusest lähiaastatel

Andres Kork<sup>1</sup>, Väino Sinisalu<sup>2</sup> – <sup>1</sup>Eesti Arstide Liit, <sup>2</sup>ajakiri Eesti Arst

Eesti Vabariigi taasiseseisvumise algaastatel vastu võetud ravikindlustuse seadus ja haigekassa süsteemi loomine võimaldas suhteliselt kiiresti parandada arstiabi kvaliteeti, juurutada uued moodsad ravi- ja diagnostikameetodid ning teha ümberkorraldused tervishoiusüsteemis. Praeguseks on aga selge, et kehtiv süsteem ei suuda ellu viia eesmärki arendada Eestis sellist tervishoiusüsteemi, nagu see on teistes euroliidu maades. Peamiseks põhjuseks on tervishoiu alarahastamine. Juba 2003. aastal olid tervishoiukulutused Eestis (väljendatuna %na SKTst) oluliselt väiksemad kui teistes euroliidu maades (vt joonis 1). Valitsuse kinnitatud riigieelarve strateegia (RES) aastateks 2007–2010 ei näe ka siin ette olulist kasvu (vt tabel 1).

Küsitavaks muutub tervishoiu jätkusuutlikkus juba lähiaastatel. See hinnang tuleneb järgmistest asjaoludest.

- Tervishoiu ja arstiabi areng nõuab kogu maailmas kulutuste suurendamist elanikkonna tervisele. Krooniliste haiguste ravi- ja diagnoosimisvõimaluste parandamine viib selleni, et haiged elavad kauem,

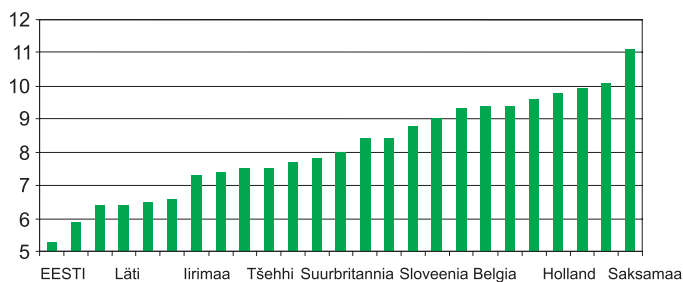
nende elukvaliteet on parem, kuid selle tagamiseks vajaminevad kulutused kasvavad.

- Arenenud maade rahvastik vananeb, kasvab krooniliste haiguste osakaal ja suurenevad kulutused nende raviks.

Eesti ei saa siin olla erandlikus olukorras. Lisaks eeltooduile lisanduvad meil veel täiendavad probleemid.

**Esiteks.** Eesti arstikond vananeb kiiresti ja noorte arstide ettevalmistamine ei pea sellega sammu. Viimase kahe aasta jooksul jõudis pensioniikka (63. eluaastani) 206 arsti, kuid tööle asus vaid 150 noort arsti. Lisaks sellele lahkuvad arstid Eestist tööle teistesse EL liikmesmaadesse. Nii on viimase 15 kuu jooksul vormistanud dokumendid mujale tööle minekuks 168 arsti (keskmiselt 11 arsti kuus).

Eestis töötavate arstide ja teiste meditsiinitöötajate arv väheneb ning nende töökoormus suureneb. Nii on täidetud praegu haiglates 2744 arsti ametikohta (arvestusega 1,0 koormust), 5228 öe ja 3489 hooldaja ametikohta.



Joonis 1. Tervishoiukulud (% SKTst) 2003. aastal.

Tabel 1. EL tervishoiukulutuste keskmised näitajad 2003. aastal

EL 10 uusliikmetel	7,2–7,3% SKTst
EL 15 liikmel	9,3% SKTst
Eestis	5,3% SKTst

Vabariigi Valitsuse kinnitatud riigieelarve strateegia 2007–2010: Eesti tervishoiukulud kasvavad EL keskmisest pisut aeglasemalt, jõudes 2050. aastaks 6,5 protsendini SKTst.

Tervishoiukulutuste osakaal SKTs suurenes 2004. aastaks 5,5 protsendini ja hakkas siis taas vähenema.

Mitmel töökohal töötab arstidest 46%, hambaarstidest 37%, ämmaemandatest 23% ja õdedest 12%. Kui kõik tervishoiutöötajad töötaksid ühel ametikohal, oleks Riigikontrolli andmete järgi tervishoiusektoris täitmata 8000 töökohta. Ühes Tallinna keskaiglas tehtud uuringu alusel on arstide töökoormuseks teraapia erialadel 1,48 ning kirurgilistel erialadel 1,51 ametikohta (ühele ametikohale ettenähtud töötundide arvestuses). Üldhaiglates on hinnanguliselt arstide töökoormuseks 1,8 ametikohta.

Ülekoormusest tuleneb töötajate stress, tekivad kergesti konfliktisituatsioonid, pettumus valitud eriala suhtes, erialase arengu perspektiivitunne kaob ja võimaluse korral lahkutakse tööle välismaale. Rääkimata sellest, et arstil ei jää aega enesetäiendamiseks ja paratamatult kaasneb abi kvaliteedi halvenemine.

Süveneb arusaam, et meedikute tööd ei tasustata adekvaatselt ja areneva majandusega Eestis ei tasustata neid vastavalt majanduse tegelikele võimalustele.

Sotsiaalministeerium avaldas andmed arstide ja teiste tervishoiutöötajate keskmisest kuupalgast märtsis 2006 (1).

Esimesel pilgul arsti keskmine brutopalk 17 611 krooni, peaaegu kahekordne riigi keskmine palk, peaks näitama, et arstid on adekvaatselt tasustatud. Neid numbreid hinnates peame arvestama, et see on välja teenitud keskmiselt 1,5 korda ettenähtust rohkemate töötundidega. Samas on väga suured erinevused palganumbrites erinevates raviasutustes ja isegi ühes raviasutuses sama tööd tegevatel arstidel. Esitatud on haiglas töötavate arstide palgaandmed. Perearstide palgad, kes ei tee lisatööd valvetena või mitmel ametikohal, on tunduvalt madalamad – keskmiselt 11 257 krooni ning vaid veidi suuremad riigi keskmisest palgast (vt Eero Merilind „Perearstide palgauuring mai 2006“ ajakirja käesolevas numbris).

Arvesse võttes veel seda, et ka käesoleval aastal on riigi keskmine palk jõudsalt kasvanud, ei saa tervishoiutöötajate rahulolematust oma palgatingimustega küll liialduseks pidada.

Mitmed patsientide arstiabiga rahulolu uuringud kinnitavad, et elanikkond on arstiabiga enamasti rahul. Seega suudavad oma võimete piiril töötavad tervishoiutöötajad täita ühiskonna ootusi. Samas on ka alarmeerivaid signaale – PRAXISE uuringu andmeil sooviks ligi neljandik Eesti inimesi end haigestumise korral ravida välismaal (2).

**Teiseks**, inimeste rahulolematust põhjustavad pikad ravijärjekorrad. Sellele võib vaadata mittemeti. Ravijärjekorrad on ühelt poolt objektiivselt paratamatud, teisalt on kindlasti ebaotstarbekas, kui töövõimetuslehel olev inimene peab kuu või enam ootama, kuni pääseb ravile. See on ju mõtetu haigekassa raha kulutamine. Ravijärjekorrad tulenevad kindlasti ühelt poolt sellest, et napib personali ja töökoormuse suurendamise reserv on ammendatud. Teiselt poolt on probleem ka rahastamises – ei ole võimalik hankida juurde piisavalt aparatuuri ja vahendeid haigete uurimiseks ja raviks. Samuti ei motiveeri töö tasustamine töötajaid piisavalt. Võimaluse korral lahkutakse tööle teistele ametikohtadele või välismaale. Olukorda aitaks kindlasti parandada ka adekvaatne ja läbimõeldud töökorraldus.

Meid külastanud WHO eksperdid ja Eesti õiguskantsler on korduvalt osutanud, et Eestis on ravikindlustusega hõlmamata ligi 6% rahvastikust ja arstiabi kättesaadavus ei ole riigis ühtlane, sageli sõltub see isiku elukohast ja sissetulekust. Meie tervishoiusüsteem ei suuda tagada põhiseaduses fikseeritud õigust tervise kaitsele (§ 28), samuti elanike võrdsuspõhiõigusi. Soovitatakse kaaluda tervishoiu senise finantseerimismudeli ülevaatamist, muutes Eesti Haigekassa kehtestatud tervishoiuteenuste hinnad kulupõhiseks. Nii lõppeks olukord, kus raviraha arvelt tasutakse näiteks haigla kapitalikulud, ning tervishoiuteenuste osutajatel on võimalik paremini igapäevase majandamisega hakkama saada ja senisest enam ka nappivasse personali investeerida (3).

Eesti Haiglate Liit, Vabariigi Valitsus, Eesti Haigekassa, Eesti Arstide Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Keskastme Tervishoiutöötajate Kutseliit ja Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingute Liit alustasid

juunis 2006 läbirääkimisi, et saavutada kokkulepe tervishoiu rahastamispoliitika kohta aastateks 2007–2010.

**Valitsuskomisjoni** sisulised ettepanekud olid järgmised:

- suurendada igal aastal töömahtu ravijärjekordade lühendamiseks;
- parandada ravikindlustuseta isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavust;
- näha ette tervishoiu rahastamise riigieelarve kasvust aeglasem kasv;
- tagada tervishoiutöötajate palga kasv 12% aastas;
- mitte suurendada residentide töötasu aastani 2010.

**Eesti Haigekassa** pani ette:

- tagada, et eriarstiabi kättesaadavus rahalistel põhjustel ei ületa haigekassa nõukogu sätestatud ravijärjekordade maksimumpiire;
- tagada eelarvekasv eriarstiabi struktuurse kallinemise katmiseks 4% ja eriarstiabi kasvava nõudluse rahuldamiseks 2% võrra;
- võimaldada tervishoiutöötajate miinimumtunnitasku kasv kuni 10% aastas.

**Töötajate kutseliidud** pidasid vajalikuks järgmist:

- Vabariigi Valitsus peab suurendama tervishoiukulutuste osakaalu: 2007. a 6,4%ni SKTst; 2008. a 6,6%ni SKTst; 2009. a 7%ni SKTst;
- parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust ravikindlustuseta isikutele;
- tagada residentide töötasu tõus;
- Eesti Haigekassa peab planeerima eelarve tagamaks tervishoiuteenuste kulupõhise rahastamise, et kindlustada teenuste kättesaadavus ja katta kasvav nõudlus tervishoiuteenuste järele, hüvitada uute ravimite kasutamist ja kindlustada uute tervishoiuteenuste juurutamist; raviasutustele tuleb kompenseerida käibemaksu tõusust tingitud lisakulutused.

Läbirääkimistel peale mõnede redaktsiooniliste paranduste tegemise kokkuleppe projekti teksti sisuliste kokkulepeteni ei jõutud ja tänaseks on need seiskunud.

Järgmise aasta riigieelarve arutelul Riigikogus kinnitas rahandusminister A. Sõerd: 2007. a eelarves moodustavad tervishoiukulud 4,9% SKTst, mis on võrreldes tänavuse 4,6%ga 0,3 protsenti enam.

Haigekassa eelarve on 2007. a 9,68 miljardit krooni, seega 1,75 miljardi krooni võrra suurem, eriarstiabile planeeritud rahahulk kasvab 18% ja hooldusravi rahastamine tõuseb 10%.

Järgmisest aastast lisandub meditsiinivahenditele käibemaks. Hinnanguliselt on see haiglate liidu juhatuse esimehe Urmas Sule andmeil 150 miljonit krooni aastas. Esialgul oli haigekassa kavandanud töötajate miinimumpalga tõusuks 165 miljonit krooni. Selle raha aga „sööb ära“ käibemaksu tõus. Praeguseks ei ole selge, kuidas tagada haigekassa poolt kavandatud töötajate 12% palgatõus järgmisel aastal.

Üks võimalik väljapääs on valitsuse algatatud haigekassa seaduse muudatus, mille järgi saaks järgmisel aastal kasutusele võtta 20% haigekassa reservist. Rohkem reaalseid ettepanekuid tervishoiu rahastamise suurendamiseks ei ole. Ilmselt on peamine lootus hea majanduskasvu korral haigekassasse laekuva rahahulga suurenemine. Sel juhul on oodata ka riigi keskmise palga kasvu, tervishoiutöötajate palk keskmise palgaga võrdluses peaaegu ei kasva.

EAL eestvedamisel kutsuti 23.10.2006. a Tallinas kokku tervishoiutöötajate koosolek, et arutada tervishoiu rahastamist. Osales ligi 500 tervishoiutöötajat, lisaks erakondade esindajad.

Ettekannetega esinesid EAL president Andres Kork ja haiglate liidu esimees Urmas Sule. Poliitikute poolt võtsid sõna abiminister Peeter Laasik (Keskerakond), Tõnis Kõiv (Reformierakond) ja Mai Treial (Riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees, Rahvaliit).

Reaalsemateks kavatsusteks tervishoiupoliitika vallas võis pidada P. Laasiku välja öeldud plaani leida võimalus viia töövõimetushüvitiste kulutused haigekassa eelarvest välja. Vajadust muuta nende hüvitiste maksmise korda rõhutas ka Tõnis Kõiv.

Koosolekul kinnistus teadmine, et praeguseks ei ole erakonnad valmis realselt muutma tervishoiu rahastamise skeemi, leidma lisaraha suurenevate

tervishoiukulude katmiseks ega suurendama tervishoiukulutuste osakaalu SKTst.

Vastupidi – pikemas perspektiivis kasvavad kulutused tervishoiule aeglasemalt ühiskonna jõukuse kasvust. Äärmiselt lühinägelik tundub kava külmutada residentide palgad olukorras, kus noori arste asub tööle vähem, kui pensioniikka jõudnud arste töölt lahkub.

Seepärast tundub poliitikute väide – inimeste tervis on riigi ja ühiskonna prioriteet – olema lihtsalt populistlik loosung. Reaalselt tegeletakse vaid „tulekahju kustutamisega”.

Meditsiinitöötajate kutseorganisatsioonid ja patsientide esindused on koostanud järgmise avaliku pöördumise.

### **Meditsiinitöötajate kutseorganisatsioonide ja patsientide esinduste avalik pöördumine**

#### **Tervishoiu puuduliku rahastamise tõttu väheneb arstiabi kättesaadavus**

Eesti on tervishoiukulutuste osakaalu ja keskmise eluea poolest Euroopa Liidu riikide hulgas viimasel kohal.

Kiire majanduskasv ja eelarvevahendite suur ülelaekumine annavad olukorra parandamiseks väga head võimalused, kuid valitsus ei soovi tervishoiu rahastamist suurendada. Tervishoiutöötajate ettepanekut tõsta tuleval aastal tervishoiukulutused Läti 2003. aasta tasemele, s.o 6,4%-ni SKT-st, vastu ei võetud, selle asemel planeerib riigi eelarvestrateegia liikuda teosammul ja jõuda 6,5%-ni SKT-st alles 2050. aastal.

Haigekassas seisab üle ühe miljardi krooni jaotamata kasumit, kuid tervishoiuteenuste eest tasutakse

endiselt hindadega, mis ei kata tegelikke kulutusi ja meditsiiniseadmete käibemaksu tõusu tõttu kaotavad haiglad veel 150 miljonit krooni raviraha.

Puuduliku rahastamisega on otseselt seotud arstide ja õdede nappus, kes töötavad suure ülekoormusega. Kui finantseerimist ei parandata, pole enam võimalik praeguseski mahus inimesi ravida, sest kvaliteedi arvelt järeleandmisi teha ei saa. Siis peavad Eesti elanikud järgmistel aastatel leppima arstiabi kättesaadavuse vähenemisega või maksma osa sellest kinni omast taskust.

Tervishoiu rahastamine sõltub poliitilistest otsustest. 31. mail 2006. aastal riigi eelarvestrateegiat kinnitades otsustas valitsus jätta meie tervishoiu finantseerimise aastani 2050 euroliidu halvimaks ja on asunud sellele vastavalt ka tegutsema. Erakonnad peavad andma vastuse küsimusele, miks peab kvaliteetne ravi jääma Eesti elanikele tulevikus kättesaamatuks ja Eesti endiselt Euroopa Liidu punaseks laternaks.

Tundes siirast muret patsientide ravivõimaluste ja tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse pärast, ootame avalikkuselt toetust oma taotlustele.

19. oktoobril 2006

Eesti Arstide Liit  
Eesti Haiglate Liit  
Eesti Hambaarstide Liit  
Eesti Keskastme Tervishoiutöötajate Kutseliit  
Eesti Õdede Liit  
Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühing  
Eesti Patsientide Esindusühing  
Eesti Patsientide Nõukoda  
Ravimitöötajate Liit